

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**Validação da versão portuguesa da *Center for Epidemiologic  
Studies Depression Scale for Children* (CES-DC)**

Camila Cura Mariano de Carvalho

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, Outubro de 2014



**Validação da versão portuguesa da *Center for Epidemiologic  
Studies Depression Scale for Children (CES-DC)***

Camila Cura Mariano de Carvalho

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha

Coimbra, Outubro de 2014

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Marina Cunha, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho.

À Dr.<sup>a</sup> Sónia Cherpe, agradeço a partilha de conhecimentos, a disponibilidade e toda a ajuda oferecida.

Aos diretores das escolas, onde foram recolhidos os dados, aos alunos e a todas as pessoas com quem me cruzei para a elaboração deste trabalho, o meu sincero agradecimento.

Agradeço também aos meus colegas e amigos de mestrado a solidariedade, apoio e companheirismo.

Sou muito grata aos meus pais e irmãos pelo incentivo recebido ao longo destes anos, pelo amor e dedicação. À minha tia, pela sua contribuição e disponibilidade. Ao meu namorado, pelo incondicional incentivo, companheirismo e dedicação durante todo este percurso.

A todos, o meu sincero obrigada!

## **Resumo**

A Depressão na infância e adolescência, tal como na população adulta, é uma das perturbações mentais mais comuns. Uma vez que o seu aparecimento nestas faixas etárias conduz a graves consequências na idade adulta, é fundamental identificar os sintomas depressivos precocemente. Desta forma, os instrumentos de autorrelato têm um papel fundamental, uma vez que permitem com facilidade, de forma fidedigna e válida, ter acesso a formas de pensar, sentir e agir dos sujeitos.

O objetivo do presente trabalho consistiu na tradução, adaptação e estudo da *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC) (Weissman, Orvash & Padian, 1980) para os adolescentes portugueses.

A amostra é constituída por 417 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos a frequentar o 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário. Para o estudo da validade convergente e divergente da CES-DC, foram utilizados a *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 21) (Lovibond & Lovibond, 1995), o *Children's Depression Inventory* (CID) (Marujo, 1994) e a *Students' Life Satisfaction Scale* (SLSS) (Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, 2007) que avaliam, respetivamente, os estados emocionais negativos (depressão, ansiedade e stress), a sintomatologia depressiva e a satisfação global com a vida.

Os resultados obtidos mostram que a escala possui uma boa consistência interna, uma estabilidade temporal adequada, assim como uma boa validade. Sugerem, ainda, tratar-se de uma escala tridimensional: fator humor, fator interpessoal e fator felicidade. Estes dados permitem o avanço da Psicologia, no que diz respeito à avaliação e prática clínica com adolescentes.

A utilidade do questionário deve ser verificada noutras faixas etárias, principalmente, nas de menos de 12 anos de idade, e também numa amostra clínica.

Não obstante as limitações apontadas, os resultados sugerem que a CES-DC é um questionário útil na avaliação de sintomas depressivos nos adolescentes.

**Palavras-chave:** Avaliação, depressão, estudos de validação, adolescentes, CES-DC.

## **Abstract**

Depression in children and adolescents, as well as in adults, is one of the most common mental disorders. Since its appearance in these age groups leads to serious consequences in adulthood, it is critical to identify depressive symptoms in early stages. Therefore, self-report instruments play a key role in this context since they allow to easily, reliably and validly have access to ways the subject thinks, feels and acts.

The aim of this study was to translate, adapt and study the *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC) (Weissman, Orvaschel & Padian, 1980) for portuguese adolescents.

The sample consists of 417 adolescents, aged between 12 and 18 years old, attending the 3rd cycle of basic education and secondary education schools. To study the convergent and divergent validity of the CES-DC, the *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 21) (Lovibond & Lovibond, 1995) was used, along with the *Children's depression Inventory* (CDI) (Sailor, 1994) and the *Students' Life Satisfaction Scale* (SLSS) (Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, 2007) that evaluate, respectively, the negative emotional states (depression, anxiety and stress), depressive symptoms and overall satisfaction with life.

The results show that the evaluated scale presents a good internal consistency, an adequate temporal stability as well as good validity. They also suggest that this is a three-dimensional scale: humor factor, interpersonal factor and happiness factor. These data allow for the progress of psychology, regarding the assessment and clinical practice among adolescents.

The usefulness of the questionnaire should be verified in other age groups, especially in children with less than 12 years old and in a clinical sample.

Despite these limitations, the results suggest that CES-DC is useful in the assessment questionnaire of depressive symptoms in adolescents.

**Keywords:** Assessment, depression, validation studies, adolescents, CES-DC.

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período crítico do desenvolvimento da capacidade de regulação das emoções e de lidar com o *stress* (Compas, Jaser & Benson, 2008; & Hammen, 2009). É neste período que há um aumento da autonomia na capacidade de regular o comportamento, a emoção, a cognição, a fisiologia e o relacionamento que se estabelece com o meio social. Paralelamente a estes avanços nas capacidades de *coping* e de regulação das emoções, a adolescência é, também, um período marcado pelo aumento da vulnerabilidade desse mesmo processo de regulação e do aumento dos acontecimentos de *stress* que criam emoções instáveis e que dificultam a resposta do adolescente perante determinados acontecimentos de vida (Compas et al., 2008). Desta forma, e porque tem vindo a ser verificado, através de alguns estudos, que o aparecimento do primeiro episódio depressivo ocorre entre os 11 e os 14 anos de idade (Hammen, Brennan & Keenan-Miller, 2008; Merikangas & Knight, 2008), é importante centrar a atenção neste período do ciclo de vida, a adolescência.

A depressão é um problema de Saúde Pública muito complexo, sendo considerada uma das perturbações de humor mais significativas na atualidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, para o ano de 2020, seja das doenças com maior prevalência na população geral (Bahls, 2002).

A perturbação depressiva reflete uma disrupção e uma desregulação dos sistemas psicológico e biológico, processos estes que são acentuados quando se está sob *stress*. Porém, a desregulação entre as emoções positivas e negativas é um aspeto central no desenvolvimento da Perturbação Depressiva na adolescência. A capacidade de mobilizar e experimentar emoções positivas é importante para o humor, porque poderá levar a um aumento da motivação e de comportamentos proativos, diminuindo o isolamento. Por sua vez, a desregulação das emoções negativas, especialmente a tristeza e a irritabilidade, são importantes na compreensão da depressão. Deste modo, a depressão pode ser caracterizada pela incapacidade de ativar um estado emocional (afeto positivo), acompanhada da incapacidade de diminuir, moldar ou encobrir outro estado emocional (e.g., a tristeza) (Compas et al., 2008).

Entendida como uma perturbação de humor, a depressão manifesta-se em diversas áreas da vida do indivíduo: emocional, cognitiva, motivacional, comportamental, vegetativa e relacional. Os sentimentos de tristeza e a perda de prazer em todas, ou quase todas, as atividades são, muitas vezes, apresentados como o núcleo central que define a disposição depressiva, mostrando um desequilíbrio cognitivo-emocional que afeta toda a vida psíquica

do indivíduo e que provoca alterações de energia, sono, apetite e concentração (Marujo, 2000; Cook, Peterson & Sheldon, 2009).

A 4.<sup>a</sup> versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR), no caso da perturbação depressiva, contempla algumas diferenças entre adultos e crianças/adolescentes. Embora os critérios de diagnóstico sejam os mesmos, é enfatizada a possível presença de irritabilidade nas crianças em vez da tristeza e apatia, mais predominantes em adultos (American Psychiatric Association, 2000).

É importante ter-se em conta que, nos jovens, existem alguns sintomas que são apontados como sendo mais característicos desta faixa etária, sendo eles, isolamento social, irritabilidade, letargia, lentidão/agitação psicomotora, aparência triste, ideação suicida e tentativas de suicídio, insatisfação com a imagem corporal (mais frequente no género feminino), sentimentos de culpa, desesperança e desânimo, hipersónia, dificuldades de concentração, reatividade à rejeição e aumento de apetite (em especial hidratos de carbono) (Bahls, 2002; Rudolph, Hammen & Daley, 2006; Cook et al., 2009).

Comparativamente com o DSM-IV-TR, o grupo das Perturbações Depressivas ganhou novas condições nosológicas no DSM-5, levantando discussões sobre a “patologização” de reações normais e a sobrestimativa do número de casos de depressão. A Perturbação Disruptiva de Desregulação do Humor é um novo diagnóstico caracterizado por um temperamento explosivo com graves e recorrentes manifestações verbais ou físicas de agressividade, desproporcionadas, em intensidade ou duração, à situação ou provocação. Os sintomas devem manifestar-se, pelo menos, três vezes por semana, em dois ou mais ambientes, persistir, pelo menos, durante um ano e a perturbação deve ser primeiramente identificada entre os seis e os dezoito anos de idade. A avaliação detalhada e minuciosa deste quadro clínico procura impedir que o diagnóstico seja aplicado a crianças saudáveis com comportamentos de birra. Os sintomas centrais da Perturbação Depressiva Major foram mantidos, aceitando, agora, especificadores como “com características mistas” e “com ansiedade”, assim como foi retirada a exceção feita ao luto (APA, 2013; Araújo & Net, 2014).

A depressão, apesar de frequentemente subdiagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral. A sintomatologia depressiva tem um impacto negativo na qualidade de vida da população geral, independentemente da presença ou ausência do diagnóstico de uma perturbação de humor (Gameiro et al., 2008). Em Portugal, a prevalência de sintomas depressivos entre a população adolescente é de cerca de 11% (Cardoso,

Rodrigues & Vilar, 2004). Tendo em conta os dados apresentados, é essencial que existam instrumentos de rastreio da depressão para a população geral.

Existem muitos e diferentes testes psicométricos que determinam o tipo, a duração e a distribuição dos sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Sharp & Lipsky, 2002; Barkmann, Erhart & Schulte-Markwort, 2008). Os mais utilizados são: *Children's Depression Inventory* (CDI), *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale for Children* (CES-DC), *Reynolds Child Depression Scale*, *Reynolds Adolescent Depression Scale*, e o *Beck Depression Inventory* (Sharp & Lipsky, 2002).

Apesar de existirem alguns instrumentos adaptados à população portuguesa que avaliam os sintomas depressivos em crianças e adolescentes, sendo o CDI um dos mais utilizados, não deixam de ser necessários mais instrumentos de medida que possam contribuir para a avaliação deste constructo tão relevante.

Neste sentido, a presente investigação possui como principal objetivo a análise das qualidades psicométricas e validação de um novo instrumento de medição dos sintomas depressivos para adolescentes, designado por *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale for Children* (CES-DC). Optou-se por este instrumento por ser atualmente o único instrumento disseminado internacionalmente, que usa uma abordagem multidimensional para medir sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Barkmann et al., 2008).

A *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC), desenvolvida por Weismann, Orvaschel e Padian (1980), é um instrumento de triagem de estados depressivos. É utilizada internacionalmente com base numa abordagem multidimensional e permite medir a depressão em crianças e adolescentes com idades entre os 6 e os 17 anos (Weissman et al, 1980; Barkmann et al., 2008; Li, Chung & Ho, 2010).

A CES-DC é constituída por 20 itens e cada um deles corresponde a afirmações curtas e simples, na primeira pessoa, acerca de componentes emocionais, cognitivos e comportamentais da sintomatologia depressiva. É pedido aos participantes que indiquem, numa escala de 0 a 3 (0= Nunca e 3= Muitas vezes), o número que melhor explica o que possam ter sentido ou agido na última semana.

Pode ser administrado individualmente ou em grupo e, em média, demora cinco minutos a ser preenchido.

A sintomatologia depressiva é calculada através da soma de todos os itens. A pontuação varia de 0 a 60, sendo que pontuações mais altas indicam maior sintomatologia depressiva.



Contudo, salienta-se a existência de quatro itens (4, 8, 12 e 16) que, devido à sua formulação, devem ser cotados de forma inversa.

A CES-DC foi construída através da modificação da *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Adults* (CES-D), desenvolvido por Radloff (1977), de forma a torná-la mais compreensível e relevante para as crianças e adolescentes (Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart & Gresham, 1986).

A CES-D é uma escala de autorrelato que mede a sintomatologia depressiva na população em geral. Foi elaborada a partir de itens selecionados de outras escalas anteriormente validadas. As suas componentes depressivas são as encontradas na literatura e incluem humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Radloff, 1977).

A versão para adultos (CES-D) consiste numa escala constituída por 4 fatores (depressivo, somático, positivo e interpessoal). Contudo, Weissman e colaboradores (1980) não examinaram se a estrutura fatorial da escala para crianças/adolescentes (CES-DC) era congruente com a estrutura de quatro fatores da CES-D. Posteriormente, foram realizados diversos estudos com o objetivo de estudar as qualidades psicométricas da CES-DC em crianças e adolescentes (Faulstich et al., 1986; Fendrich, Weissman & Warner, 1990; Olsson & von Knorring 1997; Barkmann et al., 2008; Li et al., 2010; Betancourt et al., 2012).

Em 1986, Faulstich e colaboradores aplicaram a CES-DC a 148 crianças e adolescentes com perturbações psiquiátricas. Os resultados mostraram que a escala tem boas qualidades psicométricas, especialmente quando aplicada a adolescentes (alfa de Cronbach = 0,84).

No estudo das propriedades psicométricas da CES-DC Fendrich e colaboradores (1990), apesar da baixa especificidade de diagnóstico, encontraram valores que suportam a fidedignidade e validade da CES-DC, reforçando, assim, a sua utilidade na avaliação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Os resultados deste estudo suportaram o modelo de 4 fatores para esta escala (Radloff, 1977).

As propriedades psicométricas da CES-DC foram, também, investigadas em adolescentes suecos da comunidade (Olsson & von Knorring, 1977), com crianças e adolescentes alemães (Barkmann et al., 2008), chinesas (Li et al., 2010) e do Ruanda (África) (Betancourt et al., 2012). Foram encontradas soluções idênticas de 4 fatores para esta escala nas versões enunciadas, à exceção da última, onde não foi analisada a estrutura fatorial (Olsson & von Knorring, 1977; Barkmann et al., 2008; Li et al., 2010; Betancourt et al., 2012). Todos os

estudos concluíram que a CES-DC é um adequado instrumento de triagem para a identificação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes.

Com a presente investigação, esperamos contribuir para o avanço da investigação na área da infância e adolescência e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da prática clínica.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

### **2.1. Instrumentos utilizados**

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) o questionário sócio-demográfico, de forma a determinar a idade, o gênero e o ano de escolaridade em que o estudante se encontra, para recolher informação relativamente à percepção do seu rendimento escolar, à existência de acompanhamento psicológico, à percepção da sua sociabilidade e, ainda, à existência de atividades extracurriculares; 2) o *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC), que é o instrumento que se pretende estudar, o qual avalia os estados emocionais negativos; 3) para avaliar a validade do CES-DC, foram utilizados a *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 21), a *Students' Life Satisfaction Scale* (SLSS) e o *Children's Depression Inventory* (CID), para avaliar, respetivamente, os estados emocionais negativos (depressão, ansiedade e stress), a satisfação global com a vida e a sintomatologia depressiva.

### **2.2. Caracterização dos instrumentos**

#### **2.2.1. *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children* (CES-DC-Weismann, Orvaschel & Padian, 1980).**

O CES-DC é uma escala constituída por 20 itens. Cada um dos 20 itens é classificado numa escala de 0 a 3 em termos da frequência da sua ocorrência durante a semana precedente: “*Nunca*”, “*Poucas vezes*”, “*Algumas vezes*”, “*Muitas vezes*”. A pontuação varia de 0 a 60, sendo que pontuações mais altas indicam maiores sintomas de depressão (Fendrich et al., 1990).

Os estudos realizados sobre a versão original indicaram que a CES-DC tem uma consistência interna adequada ( $\alpha = 0,84$ ). A sua estabilidade temporal, com duas semanas de intervalo, teve um coeficiente de Pearson de 0,51 e o coeficiente de correlação com a CDI foi

de 0,44 (Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart & Gresham, 1986). Os dados na população portuguesa serão reportados mais à frente, dado este ser o objetivo do presente estudo.

### **2.2.2. Escala de Ansiedade Depressão e Stress (DASS 21 - *Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).**

Este instrumento organiza-se em três escalas - Depressão, Ansiedade e *Stress* - incluindo cada uma delas sete itens, no total de 21 itens. Os sujeitos avaliam a extensão em que experienciaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “*não se aplicou nada a mim*”, “*aplicou-se a mim algumas vezes*”, “*aplicou-se a mim muitas vezes*”, “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”. Esta escala permite avaliar a depressão, a ansiedade e o *stress*. (Pais-Ribeiro et al., 2004).

No que diz respeito à consistência interna obtida na versão original, esta foi favorável, com valores de alfa de Cronbach de 0,81 para a Depressão, de 0,83 para a Ansiedade e de 0,81 para o *Stress* (Lovibond & Lovibond, 1995).

A escala apresenta uma boa consistência interna para a versão portuguesa com valores de alfa de Cronbach de 0,85 para a escala de Depressão, 0,74 para a de Ansiedade e de 0,81 para a de *Stress* (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Na nossa amostra, a DASS 21 evidenciou uma adequada fidedignidade com valores de alfa de Cronbach de 0,87 para a escala de Depressão, 0,79 para a de Ansiedade e de 0,84 para a de *Stress*.

### **2.2.3. Escala de Satisfação com a Vida para Estudantes (SLSS - *Students' Life Satisfaction Scale*; Huebner, 1991; versão portuguesa de Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, 2007).**

Este instrumento é formado por sete itens que permitem avaliar a satisfação global com a vida. Os itens são respondidos com base numa escala de seis possibilidades de resposta, desde 1 = *discordo completamente* a 6 = *concordo completamente*. A soma dos sete itens determina a satisfação global com a vida, sendo que valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de satisfação global com a vida (Marques et al., 2007).

A escala apresenta uma boa consistência interna para a versão original ( $\alpha = 0,82$ ) e, também, para a versão portuguesa ( $\alpha = 0,89$ ); (Marques et al., 2007).

Na amostra do presente estudo, a SLSS revelou uma boa consistência interna com valor de alfa de Cronbach igual a 0,82.

**2.2.4. Inventário de Depressão para Crianças (CID - *Children's Depression Inventory*; Kovacs, 1985, 1992; Marujo, 1994).**

Este instrumento permite estabelecer uma definição empírica de sintomatologia depressiva. Trata-se de um questionário de autorresposta, constituído por 27 itens, com três hipóteses de resposta cada, que varia entre 0 (ausência de problema) e 2 (problema grave), sendo que as pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de sintomas depressivos. Abrange um conjunto vasto de sintomas, que incluem: disforia, pessimismo, autoestima, anedonia, preocupações mórbidas, ideação suicida, sentir que não tem valor, isolamento social, tendências ruminativas, desempenho escolar, conduta social e sintomas vegetativos. Quanto às suas dimensões, o CDI engloba humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e autoestima negativa (Kovacs, 1992; Marujo, 1994).

Kovacs (1992) encontrou uma boa consistência interna para este inventário, comprovada com coeficientes alfa de Cronbach que oscilavam entre 0,70 e 0,86.

A versão portuguesa deste inventário também tem revelado uma boa precisão e valores elevados de consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach de 0,80 (Marujo, 1994).

Na amostra da presente investigação, o CDI revelou uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,86$ ).

**2.3. Amostra**

A amostra do presente estudo é constituída por 417 adolescentes, em que 201 são do género masculino (48,20%) e 216 do género feminino (51,80%). Estes apresentam idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com média de 15,20 ( $DP = 1,72$ ), não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre os géneros [ $t(403,32) = -1,45, p = 0,149$ ].

Ao nível dos anos de escolaridade, os sujeitos distribuem-se entre o 7º e o 12º ano dos Ensinos Básico e Secundário, de 2 escolas públicas e uma privada, situadas no distrito de Leiria e Coimbra, respetivamente. Apresentam uma média de anos de escolaridade de 9,46 ( $DP = 1,57$ ). Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género nesta variável [ $t(415) = -2,33, p = 0,021$ ], sendo que o sexo feminino apresenta uma média superior de anos de escolaridade ( $M=9,63$ ), ( $DP= 1,591$ ).

Quanto ao rendimento escolar, apenas 13 alunos (3.10%) percecionam o seu rendimento como mau, 187 alunos (44.80%) como suficiente, 179 alunos (42.9%) como bom e apenas 38 alunos (9.10%) o percecionam como muito bom.

No que se refere ao apoio psicológico, a maioria dos alunos, 280 (67.10%), não tem, nem nunca tiveram, apoio psicológico. Dos 137 alunos (32.90%) que já o tiveram, apenas 33 (7.90%) o continuam a ter.

Comparativamente com os colegas, a maioria dos alunos, 248 (59.50%), considera que tem a mesma quantidade de amigos. Um número de 96 alunos (23.00%) considera que tem mais amigos. Dos restantes, 73 alunos (17.50%) consideram que têm menos amigos.

Relativamente às atividades extracurriculares, a maioria, 247 alunos (59.20%) tem pelo menos uma. A atividade mais referida é o futebol, com 62 alunos (14.87%) e a seguir é a música com 27 alunos (6.47%).

As caraterísticas gerais da amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

*Características gerais da amostra: género, idade e anos de escolaridade.*

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
<b>Género</b>						
Masculino	201	48,20				
Feminino	216	51,80				
<b>Idade</b>						
12-14	167	40				
15-16	132	31,70	15,20	1,72	-1,45	0,149
17-18	118	28,30				
<b>Escolaridade</b>						
3º Ciclo EB	220	52,70				
Secundário	197	47,20	9,46	1,57	-2,33	0,020
<b>Total</b>	417	100				

### 3. PROCEDIMENTOS

#### 3.1. Procedimento metodológico

O presente estudo teve início com o pedido de autorização aos autores para a utilização da CES-DC. No desenvolvimento da versão portuguesa, seguiram-se os seguintes passos: tradução para Português dos itens originais; discussão com especialistas, a fim de escolher uma versão em língua portuguesa que refletisse o conteúdo dos itens em Inglês; administração da escala a um grupo constituído por 10 alunos, que não fazem parte da

amostra, no sentido de confirmar a compreensibilidade da escala (não tendo sofrido nenhuma alteração).

Inicialmente, o estudo foi submetido à avaliação da Direção Geral da Educação (DGE), tendo sido aprovado. Seguiu-se a recolha de autorizações das Direções das escolas, onde os questionários foram administrados, e ainda dos alunos adolescentes e respetivos encarregados de educação.

Os questionários foram administrados em grupo, no contexto de sala de aula. Antes de cada administração, os alunos foram informados acerca da natureza do estudo, bem como foram respondidas todas as questões e esclarecidas as dúvidas expostas. Para além do consentimento informado, foi, também, assegurado o carácter voluntário da participação, o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como a apropriação do estudo e a liberdade de desistência a qualquer momento. Passadas 3 semanas da administração do primeiro questionário, realizou-se um teste-reteste a uma amostra de 81 adolescentes com o objetivo de analisar a estabilidade temporal da amostra.

### **3.2. Procedimento estatístico**

No que diz respeito ao tratamento dos dados, utilizou-se o programa de análise de dados estatísticos SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0.

Na escolha dos testes estatísticos a utilizar, seguiu-se Pestana e Gageiro (2008), recorrendo-se aos testes paramétricos, dado o tamanho da amostra o justificar ( $N = 417$ ).

Para a comparação das médias obtidas nos instrumentos de avaliação em função do género, idade e anos de escolaridade, recorreu-se ao teste  $t$  de Student.

Utilizou-se o coeficiente de correlação  $r$  de Pearson para analisar as associações entre o instrumento em estudo e outros instrumentos que avaliam constructos semelhantes ou divergentes (validade convergente e divergente). Foi, ainda, utilizado este procedimento para a análise da estabilidade temporal. Recorreu-se, também, à determinação do alfa de Cronbach para o estudo da consistência interna e qualidade dos itens.

Para o estudo fatorial exploratório da escala, utilizou-se a Análise de Componentes Principais com Rotação *Varimax*.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Consistência interna

Com o objetivo de se determinar a consistência interna, calculou-se o alfa de Cronbach para a totalidade dos itens do questionário, CES-DC, revelando esta escala uma boa consistência interna com valor de  $\alpha = 0,90$  (no estudo da escala original o valor de  $\alpha = 0,84$ ).

As médias, desvios-padrões e correlações item-total para cada item da escala CES-DC são apresentados na tabela 2.

Tabela 2

*Médias, desvios-padrões e correlações item-total para cada item*

N= 417			
CES-DC/ itens	M	DP	Item-total R
1.Senti-me aborrecido (a)/incomodado(a) com coisas que normalmente não me aborrecem ou incomodam.	0,95	0,90	0,56
2. Não tive vontade de comer, não tive muita fome.	0,72	0,93	0,46
3. Não consegui sentir-me feliz, mesmo quando a minha família ou amigos tentaram “animar-me”.	0,71	0,93	0,65
4. Senti que era tão bom (boa) quanto os (as) outros (as) colegas.	1,36	1,10	0,11
5. Senti que não conseguia prestar atenção ao que estava a fazer.	1,42	0,97	0,47
6. Senti-me “em baixo” e infeliz.	0,99	0,01	0,77
7. Senti-me muito cansado(a) para fazer as minhas coisas.	1,47	0,99	0,53
8. Senti que alguma coisa boa estava para acontecer.	1,65	1,02	0,12
9. Senti que as coisas que eu fiz no passado falharam.	1,17	0,06	0,58
10. Senti-me com medo.	0,76	0,98	0,64
11. Não dormi tão bem como costumo dormir.	0,93	1,05	0,45
12. Senti-me feliz.	0,75	0,86	0,59
13. Estive mais parado(a) do que o habitual.	0,93	0,91	0,38
14. Senti-me sozinho(a), como se não tivesse nenhum amigo.	0,58	0,90	0,69
15. Senti que os meus colegas não eram meus amigos ou que não queriam estar comigo.	0,49	0,85	0,55
16. Diverti-me.	0,64	0,79	0,53
17. Tive vontade de chorar.	0,94	1,10	0,68
18. Senti-me triste.	1,05	0,97	0,78
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim.	0,56	0,87	0,66
20. Foi difícil começar a fazer as coisas.	0,89	0,89	0,51
Total	18,95	11,21	1,00

Como se pode verificar, todos os itens mostram correlações item-total superiores a 0,30 exceto o item 4 (“Senti que era tão bom (boa) quanto os (as) outros (as) colegas”), e o item 8 (“Senti que alguma coisa boa estava para acontecer”), que apresentam correlações item-total de 0,11 e 0,12, respetivamente. Embora estes itens não atinjam o critério previamente estabelecido de correlação item-escala superior a 0,30, (Maroco, 2010), foram mantidos,

porque a eliminação destes dois itens não aumentava a consistência interna da escala. Para além disso, poderá ser explicado devido a serem itens cotados inversamente, isto é, o seu conteúdo não reflete sintomatologia depressiva. Pelo contrário.

#### 4.2. Estabilidade temporal (fidelidade teste-reteste)

Com o objetivo de analisar a estabilidade temporal, administrou-se, novamente, 3 semanas mais tarde o CES-DC a um grupo de 81 adolescentes da amostra inicial ( $N = 417$ ). Obteve-se uma correlação positiva elevada com um coeficiente de Pearson de 0,72, o que sugere uma boa estabilidade temporal deste instrumento.

#### 4.3. Validade convergente e divergente

Para estudar a validade divergente, calculou-se a relação desta escala com a SLSS.

E para estudar a validade convergente da mesma, calculou-se a sua correlação com a subescala de Depressão, Ansiedade e *Stress* avaliada pela DASS 21 e também com o CDI.

Como se pode verificar na Tabela 3, os coeficientes de correlação, todos estatisticamente significativos ao nível de 0,01, variam entre 0,77 e -0,65.

Como seria de esperar, encontrou-se uma associação negativa entre a SLSS, que avalia a satisfação global com a vida, e a CES-DC.

Já com as restantes escalas, a CES-DC está associada de forma positiva, ou seja, quanto maior é o estado emocional negativo relacionado com sintomas depressivos, maior a perceção de ansiedade e de *stress*. A correlação mais elevada foi obtida com o CDI, explicada, possivelmente, pela semelhança de constructos.

Tabela 3  
*Correlações de Pearson entre o CES-DC e as restantes escalas.*

CES-DC	
	TOTAL
CDI	0,79**
DASS 21 (subescala Depressão)	0,77**
DASS 21 (subescala Ansiedade)	0,74**
DASS 21 (subescala <i>Stress</i> )	0,71**
SLSS	-0,65**

**Nota:** \*\*Correlação significativa ao nível 0,01; CDI = *Children's Depression Inventory*; DASS = *The Depression Anxiety Stress Scales*; SLSS = *Students' Life Satisfaction Scale*.



#### 4.4. Valores médios dos instrumentos de sintomas depressivos em função do género e idade

Com o objetivo de averiguar a influência do género nos resultados médios obtidos nas escalas de sintomas depressivos, foi realizado o teste *t* de Student para amostras independentes. Na Tabela 4, são apresentados os valores médios obtidos nos instrumentos de avaliação da sintomatologia depressiva para o total da amostra e em função do género e dos grupos de idade.

Tabela 4

*Valores médios obtidos nos instrumentos de avaliação da sintomatologia depressiva para o total da amostra e em função do género e dos grupos de idade.*

	CES-DC		CDI		DASS (depressão)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Total</b>	18,95	11,21	12,36	7,12	4,49	4,61
<b>Género</b>						
Masculino	16,66	11,01	11,56	7,51	3,67	4,31
Feminino	21,08	11,00	13,12	6,66	4,85	4,28
	$t(415) = -4,10$ , $p < 0,001$		$t(415) = -2,24$ , $p = 0,026$		$t(415) = -2,81$ , $p = 0,005$	
<b>Idade</b>						
12-14	16,34	10,11	11,28	6,67	3,98	3,75
15-16	21,20	11,48	13,39	7,11	4,88	4,88
17-18	20,14	11,73	12,75	7,57	4,03	4,42
	$F(2, 414) = 8,12$ , $p < 0,001$		$F(2, 414) = 3,56$ , $p = 0,029$		$F(2, 414) = 1,85$ , $p = 0,158$	

**Nota:** CES-DC = Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children; CDI = Children's Depression Inventory; Dass = The Depression Anxiety Stress Scales; SLSS= Students' Life Satisfaction Scale

Os resultados mostram que existem diferenças significativas entre géneros para todas as escalas de avaliação. As raparigas exibem valores mais elevados de sintomatologia depressiva, comparativamente aos rapazes. Quanto à idade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita à CES-DC  $F(2, 414) = 8,12$ ,  $p > 0,001$  e ao CDI  $[F(2, 414) = 3,56$ ,  $p = 0,029]$ . Para a localização das diferenças, foram utilizados os testes *Pos Hoc* de Tukey. No caso da CES-DC, o grupo de 12-14 anos distingue-se significativamente dos outros grupos de idade ( $p < 0,005$ ), evidenciando valores mais baixos de sintomas depressivos. Os grupos de 15-16 e 17-18 anos de idade não se diferenciam entre si. Relativamente ao CDI, apenas se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de 12-14 e 15-16 anos, com o grupo dos mais novos a revelar valores mais baixos de sintomatologia depressiva.

#### 4.5. Análise fatorial exploratória dos itens

À semelhança do procedimento estatístico utilizado no estudo da escala original (Faulstich et al., 1986), procedeu-se a uma análise fatorial exploratória para analisar a estrutura dimensional da CES-DC.

Neste estudo, a indicação da utilização do modelo fatorial na análise da CES-DC foi reforçada por um *KMO* de 0,920 (quanto mais próximo de 1, maior a adequação de uma análise fatorial) e por um teste de *Bartlett* com um nível de significância  $< 0,001$ . Este último leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando que a correlação que existe é entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008).

Desta forma, no sentido de perceber quais as contribuições de cada item para cada fator e de verificar qual a estrutura em componentes da CES-DC, procedeu-se a uma análise fatorial exploratória através da utilização do método de componentes principais.

A análise fatorial exploratória permitiu, inicialmente, obter 4 fatores com *eigenvalues* superiores a 1 a explicarem cumulativamente 58% da variância.

Os resultados obtidos não foram idênticos aos do estudo da escala original, nem a nenhum outro estudo. Não existia concordância dos itens pertencentes aos fatores e, num dos fatores, saturaram apenas 2 itens, sendo que uma componente não pode ser constituída apenas por dois itens (Costello & Osborne, 2005). Consequentemente, foi repetida a análise, pedindo a identificação de três componentes, através da rotação *varimax* com normalização de *Kaiser*. O *KMO* e o teste *Bartlett* indicaram a adequação do mesmo, a explicarem 54 % da variância.

Para a análise dos dados, foi considerado um valor de saturação fatorial dos itens superior a 0,30, a não existência de saturações duplas (*crossloadings*) e a constituição de cada fator pelo mínimo de três itens (Costello & Osborne, 2005).

Através da análise das comunalidades, verificou-se que todos os itens apresentam uma carga fatorial superior a 0,30, com exceção do item 13 (“Estive mais parado(a) do que o habitual”), que saturou com o valor de 0,20. Este item já tinha revelado valores baixos de correlação com o total da escala no estudo da consistência interna. Por esse motivo, o item foi excluído da matriz, repetindo-se, seguidamente, o mesmo procedimento estatístico.

A análise fatorial exploratória, forçada a 3 fatores e sem o item 13, foi reforçada por um *KMO* de 0,920 (quanto mais próximo de 1, maior a adequação de uma análise fatorial) e por um teste de *Bartlett* com um nível de significância  $< 0,001$ . Desta forma, a melhor solução fatorial compreendeu estes três fatores que explicam 54 % da variância total dos resultados, sendo designado o primeiro fator como *Fator Humor*, o segundo como *Fator Interpessoal* e o

terceiro, como *Fator Felicidade*, como é possível verificar na Tabela 5. Todos os itens que constituem cada fator apresentaram comunalidades acima de 0,50.

Tabela 5

*Lista dos itens com carga fatorial por fator resultante da rotação varimax (e forçado a 3).*

	1.Fator Humor	2.Fator Interpessoal	3.Fator Felicidade
CES-DC1	0,63		
CES-DC 2	0,52		
CES-DC 3	0,69		
CES-DC 4			0,52
CES-DC 5	0,68		
CES-DC 6	0,71		
CES-DC 7	0,60		
CES-DC 8			0,64
CES-DC 9	0,64		
CES-DC 10	0,60		
CES-DC 11	0,60		
CES-DC 12			0,71
CES-DC 14		0,73	
CES-DC 15		0,87	
CES-DC 16			0,64
CES-DC 17	0,58		
CES-DC 18	0,65		
CES-DC 19		0,79	
CES-DC 20	0,52		

**Nota:** Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization<sup>a</sup>.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Assim, no primeiro componente agrupam-se 12 itens que avaliam o Humor (itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 17, 18, 20). O segundo componente é formado por 3 itens relacionados com questões interpessoais (itens 14, 15, 19). E, por fim, o terceiro componente é formado por 4 itens relacionados com a felicidade (itens 4, 8, 12, 16).

O alfa de Cronbach para o total da escala, sem o item 13, manteve-se, tendo um valor de 0,90. No que diz respeito aos três fatores encontrados na escala, humor, interpessoal e felicidade, apresentam valores de alfa de Cronbach de 0,90, 0,87 e 0,57 respectivamente. Embora o fator felicidade não atinja o critério previamente estabelecido, de alfa de Cronbach superior a 0,70 (Nunnally, 1978), o fator foi mantido pela sua consistência e coerência teórica. De notar ainda que, segundo DeVellis (1991), valores de consistência interna abaixo de 0,70 podem ser aceitáveis em alguns casos nas ciências sociais.

## **5. DISCUSSÃO**

O presente estudo teve como principal objetivo estudar a CES-DC em adolescentes portugueses, relativamente à sua validade, fidedignidade e dimensionalidade.

A amostra do estudo é constituída por 417 adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, em que 201 são do género masculino e 216 do género feminino. No que diz respeito à idade, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre géneros. Quanto aos anos de escolaridade, existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros [ $t(415) = -2,33, p = 0,021$ ], sendo que o sexo feminino apresenta uma média superior de anos de escolaridade ( $M=9,63$ ), ( $DP= 1,591$ ).

No geral, a CES-DC obteve uma consistência interna boa, com um alfa de Cronbach de 0,90, o que sugere que a escala é fidedigna para medir o constructo que pretende avaliar. Estes dados corroboram os estudos realizados sobre a versão original, com um alfa de Cronbach de 0,84 (Faulstich et al., 1986) e também por outros autores que validaram a mesma. Na validação das versões mais recentes, chinesa e africana, os valores do alfa de Cronbach são de 0,82 e 0,86, respetivamente (Li et al., 2010; Betancourt et al., 2012).

A estabilidade temporal foi avaliada com três semanas de intervalo, obtendo-se um coeficiente de Pearson de 0,72, o que sugere uma boa estabilidade temporal deste instrumento. Este resultado foi superior ao estudo da versão original, em que a estabilidade temporal foi avaliada com duas semanas de intervalo ( $r = 0,51$ ) (Faulstich et al., 1986). Na versão africana, o coeficiente de Pearson foi de 0,85, podendo este valor elevado ser explicado pelo curto espaço de tempo intervalar (1 a 3 dias) (Betancourt et al., 2012).

Como seria de esperar, encontrou-se uma associação moderada e negativa entre a satisfação global com a vida e os sintomas depressivos avaliados pela CES-DC, o que abona a sua validade divergente. Já com as restantes escalas que avaliam constructos semelhantes, a CES-DC apresenta uma associação positiva e elevada, corroborando a sua validade convergente.

Tendo em conta a literatura (Reinherz et. al., 2006), seria de esperar que as raparigas apresentassem valores mais elevados de sintomatologia depressiva, o que se confirmou no presente estudo, mesmo quando os referidos sintomas foram avaliados por diferentes instrumentos.

Quanto à idade, verificou-se que os mais novos (12-14 anos) apresentaram menos sintomas depressivos, comparativamente aos outros grupos de idade. Estes dados vão ao encontro de estudos realizados nos Estados Unidos da América, que mostraram que a

probabilidade da existência de episódios depressivos na adolescência aumenta com a idade, justificando, assim, uma maior percentagem destes episódios (11,5%) na idade de 16 e 17 anos (Anderson, 2012).

O estudo da dimensionalidade da CES-DC apontou para a existência de 3 fatores (Humor, Interpessoal e Felicidade) que explicam 54% da variância total dos dados. Os resultados desta investigação estão em consonância com os da versão original (Faulstich et al., 1986), onde foram igualmente apurados 3 fatores a explicar 44 % da variância total. Nesta versão americana, os fatores identificados foram designados por fator comportamental, cognitivo e felicidade. No que diz respeito à distribuição dos itens pelos fatores, apenas no último fator, felicidade, os itens coincidem integralmente nos dois estudos. Outras pesquisas da estrutura fatorial da CES-DC encontraram soluções de 4 fatores: somático, depressivo, interpessoal e felicidade (Olsson & von Knorring, 1977; Barkmann et al., 2008; Li et al., 2010). Na população portuguesa, chegou-se a estes 3 fatores a partir de uma decisão conceptual quanto aos sintomas da depressão e ao conteúdo dos itens. Comparativamente aos modelos de 4 fatores, a solução de 3 fatores resulta da junção do fator somático e do fator depressivo, passando este fator a ser designado por humor. Esta foi a solução arranjada de forma a agrupar corretamente os itens. Por exemplo, o item 1, que se refere a aborrecimento (“Senti-me aborrecido(a) /incomodado(a) com coisas que normalmente não me aborrecem ou incomodam”) e o item 2, que se refere a apetite (“Não tive vontade de comer, não tive muita fome”) são considerados somáticos no modelo de 4 fatores. No nosso estudo, estes itens encontram-se no fator denominado humor. Os dois fatores, Felicidade e Interpessoal, mantiveram-se iguais aos dos estudos anteriores, à exceção do item 14 (“Senti-me sozinho(a), como se não tivesse nenhum amigo”), que pertencia ao fator depressivo e, neste estudo, considerou-se como fazendo parte do fator interpessoal.

Estudos realizados com adultos (utilizando a CES-D) também chegaram a soluções de 3 fatores, geralmente combinando itens dos fatores “afeto depressivo” e “somático ou lentificação motora” num único fator (Ying, 1988; Guarnaccia, Angel & Worobey, 1989; Ghubash, Daradkeh, Al Naseri, Al Bloushi, & Al Daheris, 2000; Fountoulakis et al., 2001). Mesmo nas análises em que foi mantida a estrutura de 4 fatores, os autores recorreram também ao agrupamento de sintomas depressivos e somáticos num único fator (Kuo, 1984; Foley, Reed, Mutran & DeVelliss, 2002). Este conjunto de dados suporta, assim, conceptualmente, a nossa opção pela estrutura tridimensional apresentada anteriormente.

No seu conjunto, o CES-DC revela ser um instrumento com boas características psicométricas, e vantajoso no estudo da depressão em adolescentes.

## **6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Algumas limitações podem ser apontadas a este estudo.

A utilidade do questionário deve ser verificada com outras faixas etárias, principalmente, na com menos de 12 anos, já que poucos instrumentos são testados com crianças mais novas, podendo estes estar a ser utilizados de forma incorreta. O estudo de Brooks e Kutcher (2001) concluiu que, cerca de um terço dos instrumentos utilizados em adolescentes, foram criados para avaliação em adultos, não estando aferidos para a população juvenil (Brooks & Kutcher, 2001).

Seria importante, uma vez que estes dados são retirados de uma amostra da comunidade, replicar este estudo numa amostra clínica com o objetivo de estudar o comportamento da escala na população referida.

Seria relevante a realização de um futuro estudo sobre o desenvolvimento de uma forma reduzida da escala, à semelhança do que foi feito na versão para adultos, justificado ainda pela análise da qualidade dos itens e análise fatorial exploratória do presente estudo.

O item 13 (“Estive mais parado(a) do que o habitual”) deverá ser objeto de análise em futuros estudos de modo a perceber se os dados obtidos se devem a especificidades da população estudada.

No processo de avaliação clínica, os instrumentos de autorrelato têm um papel fundamental uma vez que permitem com facilidade, de forma fidedigna e válida, ter acesso a formas de pensar, sentir e agir dos sujeitos. Desta forma, espera-se que a CES-DC possa ser um bom instrumento de rastreio da população portuguesa, contribuindo no campo da avaliação psicológica de crianças/adolescentes.

## 7- BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. England: American Psychiatric Publishing.

Anderson, M. S. (2012). *Factors of Resiliency and Depression in Adolescents*. College of Liberal Studies, USA.

Araújo, A. & Neto, F. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 67-82.

Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), 359-366. doi: 10.1590/S0021-75572002000500004.

Barkmann, C., Erhart, M., & Schulte-Markwort, M. (2008). The German version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents – results of the BELLA study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 17, 116-124. doi: 10.1007/s00787-008-1013-0.

Betancourt, T., Scorza, P., Meyers-Ohki, S., Mushashi, C., Kayiteshonga, Y., Binagwaho, A., ... Beardslee, W. (2012). Validating the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children in Rwanda. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 84-92. doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.003.

Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2001). Diagnosis and measurement of depression: a review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(4), 341-376. doi: doi:10.1089/104454601317261546.

Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses. *Análise Psicológica*, 22 (4), 667-675. Obtido em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n4/v22n4a02>.

Compas, B. E., Jaser, S. S., & Benson, M. A. (2008). Coping and Emotion Regulation: Implications for Understanding Depression During Adolescence. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 420-434). New York Press: Routledge.

Cook, M., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An update guide to clinical decision making. *Psychiatry*, 6 (9), 17-31. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2766285>.

Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research & evaluation*, 10 (7), 1-9.

DeVellis, R. (1991). *Scale development: Theory and applications*, Newbury Park, CA: Sage Publications.

Faulstich, M., Carey, M., Ruggiero, L., Enyart, P., & Gresham, F. (1986). Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 143 (8), 1024–1027.

Fendrich, M., Weissman, M., & Warner, V. (1990). Screening for depressive disorder in children and adolescents: validating the center for epidemiologic studies depression scale for children. *American Journal of Epidemiology*, 131 (3), 538-550.

Foley, K.L., Reed, P.S., Mutran, E.J., & DeVems, R.F. (2002). Measurement adequacy of the CES-D among a sample of older African-Americans. *Psychiatry Res*, 109 (1), 61-69.



Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S., Sitzoglou, K., ... Bech, P. (2001). Reliability validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*, 1, 3-13.

Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, C. M., Simões, M., Rijo, D., ...Serra, V. A. (2008). Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida Na População Geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (1), 103-112.

Ghubash, R., Daradkeh, T.K., Al Naseri, K.S., Al Bloushi, N.B., & Al Daheris, A.M. (2000). The performance of the Center for Epidemiology Study Depression Scale (CES-D) in an Arab female community. *International Journal of Social Psychiatry*, 46 (4), 241-249.

Guarnaccia, P.J., Angel, R., & Worobey, J.L. (1989). The factor structure of the CES-D in the Hispanic health and nutrition examination survey: the influences of ethnicity, gender and language. *Soc Sci Medicine*, 29 (1), 85-94.

Hammen, C. (2009). Stress Exposure and Stress Generation in Adolescent Depression. In S. N. Hoeksema, & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents*. (pp. 306-326). New York Press: Routledge.

Hammen, C., Brennan, P., & Keenan-Miller, D. (2008). Patterns of Adolescent Depression to Age 20: The Role of Maternal Depression and Youth Interpersonal Dysfunction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1189-1198. doi: 10.1007/s10802-008-9241-9.

Huebner, E. S. (1991). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-243.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. New York: Multi-Health Systems.

Kuo, W.H. (1984). Prevalence of depression among Asian-Americans. *J Nerv Ment Dis*, 172 (8), 449-457.

Li, H.C., Chung, O.K., & Ho, K.O. (2010). Center for Epidemiologic Syudies Depression Scale for Children: psychometric testing of the Chinese version. *Journal of advanced nursing*, 66 (11), 2582-2591. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05440.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.

Maroco, J. (2010). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2007). Validation of a Portuguese version of the Students' Life Satisfaction Scale. *Applied Research in Quality of Life*, 2, 83-94. doi: 10.1007/s11482-007-9031-5.

Marujo, H. M. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Lisboa, Lisboa.

Marujo, H. M. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e Depressão. Em Isabel Soares (Coord.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da Vida*, 143-180. Coimbra: Quarteto Editora.

Merikangas, K. R., & Knight, E. (2008). The epidemiology of depression in adolescents. In S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt, *Handbook of Depression in Adolescents*. (pp. 53-75). New York Press: Routledge.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Olsson, G. & von Knorring, A.L. (1997). Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies – Depression Child (CES-DC). *European Child Adolescent Psychiatry*, 6 (2), 81-87. doi: 10.1007/s00787-008-1013-0.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond., *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (2), 235-246.

Pestana, M. J., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Radloff, L. S. (1977). A CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.

Reinherz, H., Tanner, J., Paradis, A., Beardslee, W., Szigethy, E., & Bond, A. (2006). *Depressive disorders*. New York: Routledge.

Rudolph, K., Hammen, C., & Daley, S. (2006). Mood disorders. In D. Wolf, & Mash, E. (Eds.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 300-342). New York: The Guilford Press.

Sharp, L.K. & Lipsky, M.S. (2002). Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *Am Fam Physician*, 66 (6), 1001-1009.

Weissman, M.M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 168 (12), 736-740.

Ying, Y.W. (1988). Depressive symptomatology among Chinese-Americans as measured by the CES-D. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (5), 739-746. doi: 10.1002/1097-4679.